Perforation

eines tuberculösen Darmgeschwüres

in einer eingeklemmten Hernie.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

gesammten Medicin

einer

hohen medicinischen Fakultät

der

kgl. bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Alfons Ott,

appr. Arzt aus Trier in Rheinpreussen.

München.

Buchdruckerei von M. Ernst.

1895.

Perforation

eines tuberculösen Darmgeschwüres

in einer eingeklemmten Hernie.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

gesammten Medicin

einer

hohen medicinischen Fakultät

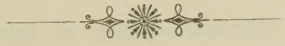
der

kgl. bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Alfons Ott,

appr. Arzt aus Trier in Rheinpreussen.



München.

Buchdruckerei von M. Ernst.

1895.

Referent: Herr Professor Dr. Bauer.

Die Tuberculose von Unterleibsbrüchen ist, nach den Litteraturangaben zu schliessen, eine recht grosse Seltenheit. Es sind bis jetzt nur 18 Fälle veröffentlicht worden, in denen entweder der Bruchsack, oder der Bruchinhalt, oder auch beide zugleich Sitz tuberculöser Erkrankung waren. Allerdings ist es noch die Frage, ob diese Zahl der Wirklichkeit entspricht. Denn nur in einem einzigen Falle gelang es, aus den vorhandenen Symptomen die sichere Diagnose zu stellen. Derselbe ist von Bruns beobachtet und veröffentlicht worden. Es hatte sich nämlich durch Verwachsung mit dem den Bruchinhalt bildenden Netz eine mit käsigen Massen gefüllte Höhle am Grunde des Bruchsackes gebildet und diese liess bei der Untersuchung ihren tuberculösen Charakter sofort erkennen. In den übrigen Fällen waren die Symptome zum Teil sehr unbestimmt. Sie bestanden nur in Schmerzhaftigkeit, entzündungs- und einklemmungsähnlichen Erscheinungen oder in umschriebenen Verhärtungen des Bruchsackes, so dass sie zur Diagnose kaum verwertet werden konnten. Bei dem anderen Teile deutete nichts auf die bestehende Erkrankung hin, sondern dieselbe wurde mehr zufällig bei Gelegenheit von Operation

oder Autopsie vorgefunden. Indes ist trotzdem kaum anzunehmen, dass die in Rede stehende Erkrankung viel häufiger vorkommt; sie wäre doch sonst, bei der grossen Anzahl von Herniotomieen und Sectionen, die heutzutage gemacht werden, wohl öfters entdeckt und veröffentlicht worden. Die Thatsache des so seltenen Vorkommens muss jedoch immerhin auffallen. Eine Hernie stellt ja aus mehreren Gründen einen sogenannten locus minoris resistentiae dar. Sie bildet die tiefste Stelle der Peritonealhöhle und erfreut sich deshalb keiner so guten Circulationsverhältnisse, wie die anderen Stellen. Ferner ist dieselbe Zerrungen, Einklemmungen, unter denen nicht nur der Bruchinhalt, sondern auch der Bruchsack zu leiden hat, sowie anderen mechanischen Insulten ausgesetzt. Endlich ist sie sozusagen als ein Divertikel anzusehen. Bekanntlich können sich die Tuberkelbacillen, wenn sie in eine seröse Höhle gelangen, in einem solchen Divertikel am ungestörtesten weiter entwickeln und wählen ein solches deshalb mit Vorliebe zur Ansiedlung, wobei sie denn auch noch durch die anderen oben aufgeführten Momente unterstützt werden. Aus diesem Grunde liess sich auch Jonnesco zur Ansicht verleiten, die tuberculosis herniosa sei eine primäre und ursprünglich locale Erkrankung und die dabei meist beobachtete allgemeine Peritonealtuberculose habe erst von ihr den Ausgang genommen. Dem tritt jedoch Bruns mit Recht entgegen und macht auf das Unwahrscheinliche dieser Ansicht aufmerksam. Er betont

dabei einerseits die grosse Seltenheit der betreffenden Erkrankung gegenüber der Häufigkeit der allgemeinen Bauchfelltuberculose, andererseits den Umstand, dass sich isolirte Bruchsacktuberculose, nach Jonnesco also das Anfangsstadium der Erkrankung, bis jetzt erst einmal hat auffinden lassen. Es wäre doch höchst eigentümlich, wenn bei der grossen Häufigkeit der allgemeinen Peritonealtuberculose ihr Initialstadium so selten zu Gesicht gekommen wäre. Dazu kommt endlich noch, dass fast immer gleichzeitig Tuberculose in andern Organen, zumal den Lungen, und meist in vorgeschrittenerem Grade gefunden wurde, wobei bekanntlich Peritonitis tuberculosa keine Seltenheit bildet. Wahrscheinlich dürfte sich die Sache in den meisten Fällen umgekehrt verhalten, dass nämlich die allgemeine Peritonealtuberculose auf den Bruchsack übergreift, wenn auch die Möglichkeit des Vorkommens primärer Hernientuberculose nicht geleugnet werden kann. Woher es indes kommt, dass die Erkrankung doch so selten ist, das zu erforschen muss späteren Untersuchungen überlassen werden, wenn erst ein reichhaltigeres casuistisches Material vorliegt.

Die bis jetzt bekannten Fälle gruppiren sich folgendermassen: Zwölfmal war die Tuberculose auf den Bruchsack beschränkt, dreimal auf den Bruchinhalt; letzterer bestand einmal aus dem Ovarium, zweimal aus dem Netz. In den drei übrigen Fällen waren Bruchsack und Bruchinhalt gleichzeitig ergriffen; einmal war das Netz, einmal das Mesenterium und

einmal der Darm die miterkrankte Partie. Das Vorkommen eines tuberculösen Darmes in einem Bruche ist also bis jetzt nur einmal beobachtet worden, demnach also als eine ganz ausserordentliche Seltenheit zu betrachten. Aus diesem Grunde dürfte ein kürzlich auf der II. medicinischen Abteilung des Herrn Prof. Dr. Bauer in München beobachteter Fall der Veröffentlichung wert erscheinen, zumal auch die andern mit dem Falle verbundenen Umstände ein Interesse erheischen.

Der 61jährige Schuhmacher S. wurde am 24. Dec. 1894 in ganz collabirtem Zustande in die Anstalt aufgenommen. Anamnestisch war nur zu erfahren, dass Patient schon lange Zeit krank ist und ganz besonders, dass er an einem Unterleibsbruch leidet, der früher immer leicht zu reponiren war, seit einigen Tagen aber fest eingeklemmt sei. Da Gefahr im Verzug war, konnte ein genauer Status nicht aufgenommen werden. Es zeigte sich nur sofort, dass Patient stark abgemagert und etwas kachectisch war, der Puls klein und sehr frequent, das Sensorium etwas benommen. Linkerseits fand sich eine etwa zweifaustgrosse Leistenhernie, welche das Scrotum stark ausgedehnt hatte. Die im Bruchsacke liegende Darmschlinge war äussert hart und scheinbar geknickt, so dass der Verdacht eines Neoplasmas wachgerufen wurde. Die sofort vorgenommene Reposition gelang jedoch leicht und nach geringem Druck. Der Kranke fühlte sich zwar sogleich erleichtert, indes schwand trotzdem das Bewusstsein immer mehr, es trat Bewusstlosigkeit ein und in fortschreitendem

Collapse erfolgte der Tod wenige Stunden nach der Aufnahme. Locale Zeichen von Peritonitis hatten sich nicht bemerkbar gemacht, insbesondere war keine Auftreibung des Leibes vor dem Tode zu constatiren.

Die am folgenden Tage vorgenommene Section ergab nachstehenden Befund: Das Abdomen aufgetrieben, deutlich fluctuirend, das Scrotum über kindskopfgross, offenbar zum Teil mit Flüssigkeit gefüllt. An den oberen und besonders an den unteren Extremitäten bedeutendes Oedem. Bei Eröffnung des Abdomen entleert sich eine opalescirende, dünnflüssige, mit einzelnen Fibrinflocken untermischte Flüssigkeit. Im Scrotum liegen zwei stark verdickte Darmschlingen, daneben findet sich eine bedeutende Menge Flüssigkeit darin. Diese Darmschlingen zeigen auf dem Serosaüberzuge zahlreiche Erhabenheiten, dazwischen hämorrhagische Stellen. In der Mitte einer solchen Stelle findet sich ein in das Darmlumen mündender Gang. Auf Druck entleeren sich aus dem Darm daselbst faeculent riechende Massen. Bei Eröffnung des Darmes zeigt sich eine ganz bedeutende Gefässinjection. Da wo aussen sich die Knötchen befinden, zeigt sich im Innern eine ausgedehnte Ulceration mit verdickten Rändern. Der Geschwürsgrund ist mit diphtheritischen, sehr derben, grünlich gelben Schorfen zum grössten Teil bedeckt. Ebenderselbe ist in der Mitte eingeschnürt, nach oben und unten davon ampullär erweitert in der Ausdehnung von ca. 8 cm beiderseits und fast ebensoweit erstreckt sich die

Geschwürsfläche. Im nach aufwärts gehenden Abschnitt befindet sich die innere Oeffnung des oben erwähnten Ganges. Die übrige Dünndarmschleimhaut zeigt weder Substanzverluste noch Follikelschwellung, aber im ganzen ein etwas geschwelltes sammtartiges Aussehen. Unterhalb der Klappe ist die Schleimhaut des Dickdarmes gleichfalls etwas geschwellt und mit mehreren, bis erbsengrossen, gestielten Schleimhautpolypen besetzt. Die mesenterialen Lymphdrüsen sind zu grossen Paketen geschwellt und zeigen beim Durchschnitt kartoffelartige Consistenz. Die Milz ist ziemlich gross, mit runzliger, milchig getrübter Kapsel. Die Leber zeigt nach abwärts fibröse Verbindungen mit den Nachbarorganen. Die Kapsel ist diffus getrübt und mit Faserstoffauflagerungen versehen. Die Nieren zeigen keine Abnormitäten. In der Brusthöhle berühren sich die Lungen in der Mitte, der Herzbeutel liegt zweimarkstückgross vor. In der linken Pleurahöhle findet sich ca. 1 Liter klaren Serums, in der rechten etwa ebensoviel, im Herzbeutel nur eine geringe Menge klarer Flüssigkeit. Die linke Lunge zeigt an der Spitze eine schwartige Verdickung der Pleura, dieselbe ist im übrigen glatt. Die Schnittfläche des Oberlappens zeigt sich an der Spitze hühnereigross, schiefrig indurirt, von Käseknötchen durchsetzt. Auch sonst finden sich, den Bronchien entsprechend, käsige Ringe und Knötchen. Der Unterlappen zeigt an der Spitze und in der Mitte je eine haselnussgrosse käsige Einlagerung. Im übrigen Gewebe ist der Luft-, Blut- und Saftgehalt ziemlich

normal. Die Schleimhaut der Bronchien ist grösstentheils katarrhalisch geschwellt, dieselben enthalten eine schmierig-eitrige Flüssigkeit. Die Pleura der rechten Lunge ist an der Spitze ebenfalls schwartig verdickt, die Schnittfläche des Oberlappens schiefrig indurirt, mit grösseren und kleineren Hohlräumen durchsetzt, die zum Teil noch käsige Massen enthalten. Mittel- und Unterlappen sind von etwas zäher Consistenz und stark durchfeuchtet, jedoch sonst normal. Die Bronchien verhalten sich wie links. Das Herz ist sehr klein, die Coronararterien geschlängelt, an der Spitze mehrere Sehnenflecke. Die Musculatur ist braunrot, atrophisch, das Endocard streifig getrübt, die Klappen unverändert, schlussfähig. Die anatomische Diagnose lautete also: Ausgedehnte chronische Tuberculose beider Lungen, beiderseitiger Hydrothorax, braune Atrophie des Herzens, Hydrops ascites, chronisch-katarrhalische Entzündung der Darmschleimhaut, grosses tuberculöses Geschwür im mittleren Ileum, Perforation des letzteren in einen Leistenbruch und allgemeine Peritonitis im Gefolge derselben.

Ein Fall wie der vorliegende, dass also ein Unterleibsbruch einen Darmteil mit tuberculösem Geschwür enthält, welches dann nach vorhergegangener Einklemmung in den Bruchsack perforirt, steht bis jetzt in der medicinischen Litteratur isolirt da. Nur einer, von Brissaud beobachtet, hat eine gewisse Aehnlichkeit damit, weshalb er hier, so wie er bei Bruns citirt ist, folgen soll: „Bei einem Manne von 25 Jahren, Phthysiker, mit Infiltration beider Lungenspitzen, stellten

sich in einem seit 10 Jahren bestehenden rechtsseitigen Leistenbruch Erscheinungen von Peritonitis und Einklemmung ein, welche die Herniotomie veranlassten. Bei der Autopsie des nach 2 Tagen verstorbenen Kranken fand sich eine confluirende tuberculöse Infiltration der prolabirten Darmschlinge und des Bruchsackhalses, wovon die tötliche Peritonitis ausgegangen war.“ Leider ist dieser Fall nicht genauer beschrieben und insbesondere die nähere Entstehungsweise der Bauchfellentzündung nicht angegeben. Uebrigens erstreckt sich die Aehnlichkeit mit unserem oben aufgeführten Fall nur soweit, dass hier wie dort eine tuberculös entartete Darmschlinge in einer Hernie gefunden war. Es ist der letztere Fall der einzige, der bisher in der Litteratur veröffentlicht wurde.

Um nun zu unserem Falle zurückzukehren, so bietet derselbe in mehrfacher Beziehung bemerkenswerte Eigentümlichkeiten. Bekanntlich ist der Lieblingssitz der tuberculösen Darmgeschwüre das untere Ende des Ileum und die Gegend der Ileocoecalklappe. Von hier ausgehend entwickeln sie sich im lymphadenoiden Apparat des Darmes nach oben und unten hin meist in grosser Menge. Vereinzelte Geschwüre finden sich recht selten und wenn sie vorhanden sind, sitzen sie fast immer an der oben erwähnten Praedilectionsstelle. Bei unserem Falle standen jedoch die Verhältnisse anders. Es fand sich nur ein einziges Geschwür, aber von bedeutender Grösse und mit starker Infiltration des Grundes und der Umgebung

im mittleren Ileum. Diese Localisation muss einen besonderen Grund haben und der findet sich wohl in folgendem: Wie der Lungenbefund bei der Autopsie lehrt, litt der Kranke schon Jahre lang an Lungentuberculose und war also entschieden der Gefahr einer secundären Darminfection durch Verschlucken tuberculösen Sputums ausgesetzt. Diese Infection musste natürlich vorwiegend Stellen von verminderter Widerstandsfähigkeit treffen und eine solche Stelle war eben das mittlere Ileum. Dasselbe befand sich lange Zeit in einer Hernie und stand deshalb gewiss nicht unter so günstigen Circulationsverhältnissen, wie die übrigen Darmteile, schon allein durch seine tiefe Lage, ganz abgesehen von der mechanischen Behinderung des Blutstromes. Dazu kommen noch die vielen Insulte, welche es von aussen treffen mussten. Solche Stellen bieten bekanntlich chronischen Erkrankungen, besonders der Tuberculose keinen besonderen Widerstand und musste deshalb hier die Infection am ersten und am stärksten einwirken. Und thatsächlich sehen wir an der bedeutenden Grösse und starken Infiltration des Geschwüres, dass der Process hier lange und intensiv vor sich gegangen ist und scheinbar hat sich die ganze Einwirkung des tuberculösen Virus auf diese eine Stelle beschränkt.

Dieses tuberculöse Geschwür perforirte in den Bruchsack hinein und verursachte durch allgemeine eitrige Peritonitis den Tod des Kranken. Der Durchbruch eines tuberculösen Geschwüres in den Peritoneal-

sack hinein ist im allgemeinen recht selten. Eisenhardt fand dieses Ereignis unter 567 Fällen des Münchener pathologischen Institutes nur 17mal und Leube äussert sich folgendermassen: „Perforation in die freie Bauchhöhle mit Peritonitis als Ausgang der Darmtuberculose ist entschieden sehr selten, so dass ich bei den Hunderten von Phthisikern, die mir während meiner Thätigkeit zu Gesicht kamen, doch nur ein paarmal diesen Ausgang erlebte.“ Der Grund davon dürfte einerseits darin liegen, dass die tuberculösen Geschwüre fast immer secundärer Natur sind und meist als das Endglied eines langen consumptiven Processes auftreten, andererseits in dem Umstand, dass sich, den Geschwüren entsprechend, auf der Serosa des Darmes eine chronisch-tuberculöse Peritonitis entwickelt, die teils zu Verdickungen der Darmwand, teils zu Verklebungen mit der Nachbarschaft führt und so die Perforation entweder verhindert, oder doch, wenn sie eintritt, das Austreten des Darminhaltes in die freie Bauchhöhle unmöglich macht. In unserem Fall hatte sich eine enorme Verdickung des Geschwürsgrundes gebildet, die der Perforation jedenfalls einen grossen Widerstand entgegensetzte. Durch die Einklemmung des Bruches jedoch entstand im Darme ein starker Innendruck, dem es möglich wurde, die verdickte Darmwand zu durchbrechen. Der Gedanke liegt zwar nicht ferne, dass durch die Taxis möglicherweise die Perforation herbeigeführt worden sei, allein bei näherer Betrachtung ergibt sich, dass das nicht

der Fall war. Abgesehen davon, dass die Taxis leicht und mit geringem Druck gelang, wurde dieselbe kurz vor dem Tode vorgenommen, während der Sectionsbefund ergab, dass die bestehende Peritonitis schon mehrere Tage alt war.

Was die Diagnose der tuberculösen Hernienerkrankung angeht, so ist dieselbe, wie schon oben erwähnt, bisher nur einmal am Lebenden vor der Operation gelungen, weil sich nämlich in diesem Falle ein tuberculöser Abscess gebildet hatte. Indes macht schon Jonnesco darauf aufmerksam, dass die tuberculösen Veränderungen hier meist unter einer ganz bestimmten Form auftreten, dass sie nämlich seltener Miliartuberkel bildeten, sondern meist als derbe, massive Platten in die Erscheinung traten, die mehr als Tumoren imponirten. Unzweifelhaft verdient diese Beobachtung bei der Diagnose gebührende Berücksichtigung und mit Rücksicht auf sie wäre vielleicht in unserem Fall die Diagnose möglich gewesen, wenn eine genauere Untersuchung und längere Beobachtung des Falles möglich gewesen wäre. Die starke tumorartige Verhärtung der Darmschlinge im Verein mit dem cachektischen Habitus des Kranken liessen die Differentialdiagnose zwischen Carcinom uud Tuberculose schwanken. Das Auffinden der vorgeschrittenen Lungenerkrankung, sowie von vielleicht vorhandenen Symptomen tuberculöser Darmgeschwüre würden unter Berücksichtigung der obigen Beobachtung für das Bestehen einer tuberculösen Darmerkrankung gesprochen haben. —

Eine solche Diagnose hat auch in therapeutischer Beziehung keine geringe Bedeutung. Wenn in vielen Fällen die allgemeine tuberculöse Bauchfellentzündung durch das mit der einfachen Laparotomie verbundene Ablassen des Exsudates und den Zutritt der athmosphärischen Luft geheilt worden ist, so darf man dasselbe wohl auch für manche Formen der Hernientuberculose erwarten. Und wenn es sich wie in unserem Falle um ein tuberculöses Geschwür handelt, so ist bei einer Einklemmung, falls nicht Gefahr im Verzuge ist, der Versuch einer Taxis, der Möglichkeit einer Perforation halber, jedenfalls zu widerraten. Es wäre vielmehr die Herniotomie angezeigt, die in einem solchen Falle, wo nur ein einziges tuberculöses Geschwür vorhanden ist, mit der Resection des betreffenden Darmabschnittes vielleicht verbunden werden könnte. In unserm Falle war natürlich ein solches Vorgehen nicht möglich, da der Kranke schon in moribundem Zustande in Behandlung kam.

Zum Schlusse erübrigt mir noch die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. Bauer für die Ueberlassung des Themas meinen verbindlichsten Dank zu sagen.

Litteratur.

Bruns, Tuberculosis herniosa, Beiträge z. klinischen Chirurgie IX.

Eisenhardt, Häufigkeit und Vorkommen der Darmtuberculose, Inaugural-Dissertation, München 1891.

Haegler, Ueber Bruchsacktuberculose, Correspondenzblatt für schweizer Aerzte, 1892, No. 24.

Jonnesco, Tuberculose herniaire, Revue de Chirurgie 1891, No. 3 u. 6.

Leube, Darmgeschwüre in Ziemssens Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie.

Nachtrag.

Während der Drucklegung dieser Arbeit kam dem Verfasser noch die Dissertation von Edmund Stauber aus dem Marienhospital zu Stuttgart vor Augen, in welcher ein Fall von Tuberculose eines Nabelbruchsackes veröffentlicht wird, so dass die Zahl der bis jetzt publicirten Fälle von Tuberculosis herniosa incl. des vorliegenden, nunmehr 20 beträgt.